



## DOM

Afsagt den 2. april 2014 i sag nr. BS 7-885/2010:

A

mod  
 Patientskadeankenævnet  
 Vimmelskaftet 43, 2  
 1161 København K

### Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, som er anlagt den 8. juni 2010, drejer sig om, hvorvidt sagsøgeren, A, er blevet påført en patientskade i forbindelse med sin indlæggelse på B Sygehus den 15. april 2007.

A har påstået sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtet at anerkende, at han er påført en erstatningsberettigede klage, jf. KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1.

A har subsidiært påstået sagen hjemvist.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

### Oplysningerne i sagen

A var den 15. april 2007 på vej til et håndboldstævne i C da han fik det dårligt. Han blev efterfølgende med ambulance bragt til Regionshospitalet B hvor han blev indlagt. Under indlæggelse forværres hans tilstand. En MR-scanning foretaget den 16. april 2007 viste, at A havde en blodprop i hjernen.

Patientforsikringen traf den 2. april 2009 afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL). Afgørelsen blev stadfæstet af Patientskadeankenævnet ved afgørelse af 9. december 2009. Ankenævnet begrundede afgørelsen med, at en erfaren specialist på det pågældende område ikke under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, end man gjorde på skadestedet og på Regionshospitalet B den 15. april 2007, og at A ikke med overvejende sandsynlighed var påført en erstatningsberettiget skade jf. lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2, idet referat af sagens dokumenter, herunder af udtalelser fra Retslægerådet indhentet i forbindelse med sagen, er udeladt.

## Forklaringer:

**A** har forklaret, at **C** og han den 15. april 2007 kørte mod **C**. idet de skulle op og se deres søn spille håndbold. De var kommet lidt sent af sted. Ved **C** hallerne syntes han, at han fik det dårligt. Han holdt ind og fik noget vand, som han straks kastede op. **D** overtog rattet, og de kørte det sidste stykke. Da de ankom blev han af en anden fulgt hen til samaritterne, hvor han sad under den første kamp. Han følte, at han fik det bedre. Da kampen var færdig, skulle **D** hente en kage i bilen, og han gik med hende. **D** gik ind igen, men han blev ude ved bilen. Han fik det nu rigtig dårligt og ringede til **D**, men hendes telefon gik på telefonsvarer. Han indtalte en besked, og kort tid efter kom hun ud. Han var på det tidspunkt kravlet om bag bilen og sad på jorden. Der kom pludselig mange mennesker til, og der blev ringet efter Falck.

Der var ikke nogen, som spurgte til, hvornår det var begyndt. Han kan godt huske, at han kom op i ambulancen. Han var hele tiden ved bevidsthed men kunne ikke stå på benene og måtte løftes op på båren. Han husker, at han tænkte, at falckredderne havde god tid. Han fik sat klemme på fingeren, og de stillede ham spørgsmål. De kørte herefter uden udrykning til sygehuset. På akut modtageafdelingen talte **D** og han med en sygeplejerske. Han var ikke oppe at stå men blev flyttet direkte fra båren til sygesengen. Sygeplejersken kom på et tidspunkt og sagde, at der var kommet et trafikuheld ind, hvorfor der ville gå nogen tid. Han havde det på dette tidspunkt nogenlunde og accepterede at måtte vente. Han blev på et tidspunkt kørt op på en stue. Her lå han i lang tid. Der kom ikke nogen læge. Først om aftenen kom der en læge. Hun bad, så vidt han husker, ikke om, at han prøvede at stå ud af sengen. Sent på aftenen blev **D** nødt til at køre hjem til børnene. Han husker ikke, at hun ringede til ham senere.

Det næste, han husker, er, at fra tiden på sygehuset i **E**. Han kan ikke huske, at han var på intensiv afdelingen i **B**. Han kunne ikke tale og kunne ikke bevæge sin ene arm og ben. Fra sygehuset i **E** kom han direkte til genoptræning i **F**. Her var han i godt tre måneder.

I dag har han fortsat tale- og synkebesvær og kan næsten ikke bruge sin højre side. Han har ikke kunnet genoptage sit tidligere arbejde som driftstekniker hos **G** og blev primo 2010 tilkendt førtidspension.

**I** har som vidne forklaret, at **A** og hun den 15. april 2007 var på vej til **C**. Omkring hallerne sagde **A**, at han fik det dårligt. De holdt ind til siden, og **A** kastede op. Hun kørte videre. Da de ankom, gik hun ind til håndboldkampen. En anden forælder fulgte **A** hen til samaritterne. Efter noget tid fik han det bedre. På et tidspunkt gik de ud til bilen for at hente en kage. **A** kastede igen op og gik ikke med ind. Hun gik ind men blev ringet op af **A**. Da hun kom ud, sad han på jorden ved bilen. Han

kunne ikke stå op, og han talte ikke på samme måde. Hun ringede 112, og ambulancen kom. Hun fortalte falcakredderne om forløbet. De spurgte ikke til, hvornår det var begyndt og der var ikke på dette tidspunkt snak om, at det kunne være en blodprop, eller at **A** måske skulle til **H**. Ambulancen kørte ikke med udrykning. De kom ind på skadestuen. En sygeplejerske sagde, at **A** måtte vente, idet der var kommet en trafikulykke ind. De ventede, ventede og ventede på skadestuen. Sygeplejersken vendte på et tidspunkt tilbage, men der gik lang tid, før **A** kom op på afdelingen.

Foreholdt, at det af journalmaterialet fremgår, at **A** blev indlagt kl. 14.45, har hun forklaret, at de var på skadestuen i lang tid. Sygeplejersken spurgte om nogle ting, men hun mindes ikke, at hun har sagt, at **A's** symptomer begyndte kl. 12.15. Der var ikke nogen, som sagde, at det var vigtigt at få at vide, hvornår det var begyndt.

Efter at **A** var kommet på akut modtageafdelingen, kom der en sygeplejerske og tog blodprøver. Først efter kl. 19.00 blev **A** tilset af en læge. Det var en kvindelig reservelæge. Hun er sikker på, at lægen først kom på dette tidspunkt. **A** og hun havde tre hjemmeboende børn, men hun ville først køre hjem efter, at en læge havde tilset **A**. Hun husker ikke navnet på reservelægen. Der har ikke været en læge hos **A**, uden hendes viden. Der skete ikke noget. Hun spurgte sygeplejersken, hvad der skete og fik oplyst, at de ventede på svar på blodprøven. Både **A** og hun havde oplyst om, at **A** var bloddonor, og at der ikke havde været noget i forbindelse med, at han sidst havde givet blod. De blev spurgt, om de havde været sydpå og, om de havde spist noget forkert. Det handlede slet ikke om det, som de vidste bagefter.

Hun kørte hjem i den tro, at **A** ville blive udskrevet næste dag. Ved 23 - 23.30 tiden ringede hun til **A**, som da lød lidt snøvlet. Kl. 01.50 blev hun ringet op af en sygeplejerske, som sagde, at hun skulle komme til **B** hurtigst muligt, idet **A** havde fået det dårligt og havde kramper. Da hun ankom til **B**, fik hun oplyst, at han lå på intensiv afdelingen og var lagt i kunstig koma, idet sygehuset da bedre kunne styre processen. Hun fik også oplyst, at sygehuset havde kontakt til både **H** sygehus, **I** og **J**. Sidstnævnte skulle modtage **A** hvis der skulle opereres. **A** blev efterfølgende lagt i respirator, idet han muligvis havde lungebetændelse. Næste dag blev han MR-scannet i **H**, idet **B** kun kunne udføre CT-scanning. Hun fik besked ved 14-tiden, hvor overlægen oplyste, at man havde fundet en blodprop i bagerste højre del af hjernen. Om onsdagen var hun for første gang i kontakt med **A**, som blev flyttet til **E** sygehus. Da han blev udskrevet herfra, kom han direkte til **F** Neurocenter. Han kunne ikke tale, spise, stå, gå eller sidde. De kommunikerede via en typewriter, idet **A** ikke kunne forme munden. Han fik sonde-mad i lang tid. Han hang i gåstativet og kunne ikke selv sidde op i sengen. I slutningen af august kom han hjem. Under **K** Kommune fik han yderligere genoptræning, herunder ved talepædagog. I dag er **A** fortsat lammet i

højre side. Han kan ikke bruge sin højre hånd og hans gangdistance er ikke lang. Han kan ikke længere arbejde og kan heller ikke arbejde på sine biler. Han bliver hurtigt træt og skal koncentrere sig meget, når han spiser, idet han ellers får maden galt i halsen.

Året efter fik **A** et tilbagefald. Hun oplyste til ambulanceredderne, at hun troede, det var en blodprop og efterlyste trombolysebehandling eller, at **A** blev givet et kraftigt blodfortyndende præparat. Hele bevægeapparatet var akut lammet. Lægen på **E** sygehus gav **A** kraftig blodfortyndende medicin. Der skete ikke mere. **E** sygehus er ikke spor bedre end **B**. Der var ikke tale om en ny blodprop, og **A** blev som følge af medicineringen ikke ringere, end han var i forvejen.

### Parternes synspunkter

**A** har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 15. oktober 2012, hvoraf fremgår:

"Til støtte for den nedlagte påstand gøres det overordnet gældende, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse, **bilag 14**.

Anbringendet herom støttes særligt på, at sagsøgtes lægekonsulents vurdering, **bilag 8**, der repeteres i begrundelse for afslag, baserer sig på forkerte fakta, idet sagsøger havde betydeligt styringsbesvær på opsamlingsstedet.

Det gøres videre gældende i afgørelsen, at der kan lægges det til grund, at anmelder med symptomdebut på 1 time og 50 minutter (forudsætter tidligst mulige symptomdebut) før ankomst til **B**, ikke kunne nå at blive overført til **H**. Det er ukorrekt.

Fra **B** centralsygehus til **H** hvor anmelder ville være kørt direkte på afdeling. Jfr. instruks., er der 36,3 km., hvilket med ambulancekørsel snildt ville kunne være foregået indenfor den anbefalede tidsramme. I den sammenhæng henviser sagsøger til, at der foreligger instruks om, at trombolysedpatienter køres direkte på afdelingen, **bilag 10**.

I den sammenhæng gøres det videre gældende, at der er noget, der ikke stemmer i ambulancejournalen. Falck ankommer til **L** kl. 13.04. På det tidspunkt er der maksimalt gået  $\frac{3}{4}$  time fra tidligst mulige symptomdebut. (1  $\frac{3}{4}$  time hvis strimmeludskriften lægges til grund.)

Af ambulancejournalen fremgår det ligeledes, at han er ankommet til hospitalet kl. 14.07. Det er næsten en time efter at Falck er ankommet til opsamlingsstedet.

Afstanden fra **L** til **B** Centralsygehus er 2,8 km. Til

H sygehus ville der have været 33,6 km.

Sammenholdt hermed og den omstændighed, at sagsøger ikke straks bliver tilset, gøres det gældende, at sagsøger sagtens kunne være blevet kørt til

H Sygehus inden for den frist som Patientforsikringen forudsætter, at trombolyselbehandling skal iværksættes for at have optimal virkning.

Alternativt skulle anmelder straks have været overflyttet til H. Ved ankomst til sygehuset er der maksimalt 2 timer fra tidligst mulige symptomdebut. ( Dette forudsætter, at Falck har været en time om at transportere anmelder til B Sygehus, hvilket har formodningen mod sig - afstanden og indsatsen på stedet - taget i betragtning.)

Det gøres med henvisning til observationer på opsamlingsstedet gældende, at sagsøger havde symptomer på en blodprop. Der henvises særligt til, at det om symptomerne ved behandlingens start fremgår af journalen, at symptomerne ved indlæggelsen var dobbeltsyn, snøvlende tale, fornemmelse af hængende mundvig på venstre side, samt prikkende og snurrende fornemmelse i venstre kind og venstre arm, ligesom han efter ankomsten havde opkast to gange.

Det gøres gældende, at det er ukorrekt, når det af ambulancejournalen og lægejournalen som baserer sig på denne fremgår, at sagsøger ikke havde nedsat kraft i arme og ben. Dette stemmer meget dårligt overens med vidnernes, herunder samaritens observationer på opsamlingsstedet, jfr. **bilag 1-3**. At der skulle have været styringsbesvær støttes ligeledes af notat i kardex, bilag 3, resumeark, side 1: *"Pt. er omkring kl. 12.15 i dg blevet svimmel og har fået dobbeltsyn. .... Han kaster lidt op og har susen for højre øre. .... og han bliver svag i benene. "*

Hertil kommer, at der af kontinuationsark, side 2, fremgår;....; *"Kraftnedsættelse af ekstremiteterne".*

Det er sagsøger, der skal bevise, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte Sagsøgtens afgørelse. Det faktum, at sagsøgte ikke genforelægger sagen for lægekonsulenten efter sagsøgers supplerende oplysninger vedlagt relevant lægeligt materiale, men blot træffer en administrativ afgørelse fører til, at Retten er mere fri i sin bevisbedømmelse af spørgsmålet, om der skulle have været iværksat trombolyselbehandling eller ikke.

Oplysningerne afgivet af Regionshospitalet B i forbindelse med anmeldelse, **bilag J**, kan ikke genfindes i journalen. Det fremgår ikke, at der har været lægeligt tilsyn, som har taget stilling til trombolyselbehandling eller ikke. Ifølge sagsøger og sagsøgers kæreste blev sagsøger ikke set af en læge før først på aftenen. De oplysninger sygehuset afgiver her, er således ukorrekte og er ikke dokumenteret. Indenfor det tidsrum hvor trombolyselbehandling var relevant, undersøges sagsøgers således slet ikke af en læge,

hvorfor oplysningerne beror på efterrationaliseringer.

Sagsøger gør gældende, at det med støtte i forklaringerne fra sagsøger, sagsøgers kæreste og erklæringerne fra de tilstedeværende, da Falck samlede

A op, kan lægges til grund, at der var symptomer på blodprop, hvorfor Falck burde have kørt ham til H med henblik på trombolysesebehandling.

Alternativt skulle man efter indlæggelsen have overført ham. I den sammenhæng gøres det gældende at det kan lægges til grund, at sagsøger ikke blev tilset af en læge før mange timer efter indlæggelsen, og at oplysningerne afgivet af sygehuset i bilag J i ikke kan være udtryk for, hvad der har fundet sted, alene fordi det ikke fremgår af journalen og at sagsøger ikke blev tilset af læge indenfor relevant tidspunkt.

Retslægerådet angiver i sin besvarelse af spørgsmål 1 og 2, at sagsøger havde symptomer på blodprop i hjernen i form af hængende mundvig og taleproblemer da Falck samlede ham op.

Sagsøger gør således særligt med støtte heri gældende, at A skulle have været kørt til H. Hvis sagsøgers opfattelse af symptomdebut stemmer, ville der have været overordentlig god tid. Hvis sygehusets angivelser stemmer, ville der have været god tid. Jeg bemærker i den sammenhæng at der ikke i Falckrapporten, **bilag 1** fremgår noget om tidspunktet for symptomdebut.

I den sammenhæng gør sagsøger gældende, at det kan lægges til grund, at sagsøgte indenfor tidsrammen med lethed ville kunne have nået trombolysesebehandling i H. Strækningen fra opsamlingsstedet til sygehuset i H er 36 km. Normalt ville strækningen ifølge KRAK kunne tilbagelægges på 35 minutter ved kørsel med 80 km i timen. A ville i ambulance med kørsel i kunne have været fremme ved sygehuset umiddelbart efter 14.30, hvilket ville være tidsnok uanset hvilket tidspunkt for symptomdebut der lægges til grund, til at iværksætte trombolysesebehandling, jfr.

**bilag 10** om at patienter til trombolysese køres direkte til afdeling samt tidsangivelserne i **bilag 19**, der ikke som antaget af Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 10 og 11 er fra en nyere hjemmeside, men netop fra den ansvarlige sygeplejerskes artikel fra august 2007, samme år som A blev syg og indlagt.

Endvidere henvises til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 12 og 13 med støtte i, hvilke det kan lægges til grund, at man i 2007 anvendte CT-scanning i H hvilket forkorter ”door to needle time”

Såfremt Retten måtte nå frem til, at der ikke er grundlag for anerkendelse under anbringende af, at sagsøger burde være blevet kørt til trombolysesebehandling i H, gøres det gældende, at der skal ske anerkendelse under

anbringende af, at den behandling eller mangel på samme han får på B sygehus, ikke er optimal. Der burde have været foretaget akut CT tidligere, jfr. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7.

Der gøres videre gældende, at der skulle have været ordineret akut MR-scanning med henblik på at udelukke blødning, så man kunne have iværksat forebyggende behandling på B Centralsygehus. Man foretager sig intet, lader blot patienten ligge og derved udvikles invaliderende blodprop. Kl. 00.45 foretog man CT-scanning, som ikke viste tegn til blødning. Man mistænkte emboli i basalganglier- niveau. Kl. 1.30 Udviklede han krampe-lignende trækninger i begge arme og ben. Kl. 4.30 blev der opstartet behandling med propofol. Han blev lagt i respirator på grund af dårlig vejtrækning, formentlig fordi han havde fået lungebetændelse. Kl. 14 foretog man MR-scanning, der viste et infarkt i hjernen.

Det gøres gældende, at det har haft en betydning for omfanget af følger, at der ikke tidligere blev foretaget scanning og iværksat blodfortyndende behandling.

Det gøres således gældende, at ved at undlade at behandle anmelder, udvikler infarkt sig voldsomt i løbet af natten med alvorlige varige mén til følge. Retslægerådet angiver i besvarelsen af spørgsmål 8, at der er flere forhold, der taler for uændret prognose end mod. Men da de i spørgsmål 18 bliver bedt om at angive disse, er besvarelsen tom.

At det har betydning for prognose og følgernes omfang, hvor tidligt i forløbet man iværksætter behandlingen støttes af besvarelsen af spørgsmål 19 og 20

Sagsøger gør således gældende, at der er grundlag for anerkendelse af forløbet som en patientskade."

Patientskadeankenævnet har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 4. marts 2014, hvoraf fremgår:

"...

Det er sagsøgeren, der bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse, og det gøres overordnet gældende, at sagsøgeren ikke har løftet denne bevisbyrde.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Patientskadeankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage, og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Til støtte for frifindelsespåstanden gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 9. december 2009.

Det er en betingelse for tilkendelse af erstatning, at patienten med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade ved behandling eller undersøgelse, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Skader, der hidrører fra en patients grundsygdom, er således ikke omfattet af loven.

Det er endvidere en betingelse, at skaden er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4 anførte måder. Efter § 20, stk. 1, nr. 1, er det således en betingelse, *at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el.lign., hvorved skaden ville være undgået.*

...

#### 1. Overholdelse af specialist-standarden ved behandlingen på skadestedet

Det gøres gældende, at specialiststandarden var overholdt ved behandlingen af sagsøgeren på skadestedet, og at sagsøgeren ikke er påført en skade som følge af behandlingen.

Det fremgår af Retslægerådets erklæring af 4. august 2011, svaret på spørgsmål 3, at trombolyselbehandling efter den dagældende behandlingsinstruks (bilag A) var indiceret, *hvis* der for det første var sikre tegn på blodprop i hjernen, *og* for det andet *hvis* behandlingen kunne iværksættes, inden der var gået tre timer fra symptomdebut.

Det gøres gældende, at Patientskadeankenævnet med rette har lagt vægt på, at der ikke var klar mistanke om blodprop, da sagsøgeren blev hentet på skadestedet.

Det fremgår af ambulancejournalen, at sagsøgeren ved afhentning var vågen, med upåvirket respiration og uden kraftnedsættelse i arme og ben, men med taleproblemer og tilfælde af opkast (bilag 1).

Af Retslægerådets svar på spørgsmål 15 i erklæringen af 9. juli 2012, fremgår, at det er forventeligt, at falckreddere kan tolke lokaliserede udfaldssymptomer som symptomer på apopleksi. Det fremgår videre af besvarelsen, at falckredderne på skadestedet skulle tolke det samlede symptombillede, og at vurderingen af, om falckredderne skulle have tolket det samlede symptombillede som tegn på akut apopleksi, afhænger af, i hvilken grad de forskellige symptomer inddrages i fortolkningen på skadestedet.

Som det fremgår af Retslægerådets erklæring af 4. august 2011, svaret på

spørgsmål 1, var der symptomer, der ville kunne ses ved andre tilstande, f.eks. ved besvimelse.

Sagsøger har ikke løftet bevisbyrden for, at falckredderne handlede i strid med specialist-standarden ved ikke at fastslå, at der var tale om en blodprop.

Det gøres endvidere gældende, at uanset om falckredderne havde tolket sagsøgerens symptomer som tegn på blodprop på skadestedet, ville der ikke have været indikation for at køre sagsøgeren direkte til H Sygehus, fordi trombolyselbehandling under alle omstændigheder ikke kunne være iværksat inden tre timer efter symptomdebut i overensstemmelse med daværende behandlingsinstruks (bilag A).

Symptomdebut var kl. 12.15 (bilag 2), ambulancen blev tilkaldt kl. 13.58, ankom kl. 14.04, og afgik fra skadestedet kl. 14.10 med ankomst til B kl. 14.27 (bilag 1). For en ordens skyld fremhæves, at der er tale om en åbenlys fejl, når det af ambulancejournalen fremgår, at Falck ankom kl. 13.04. Det fremgår af journalen, at turen blev modtaget kl. 13.59, og at afgang var kl. 14.10. Ankomsttidspunktet ligger mellem disse to tidspunkter og er således ikke 13.04, som det ved en fejl er anført, men mest sandsynligt 14.04. Dette stemmer desuden også overens med erklæring af 20. februar 2008 fra overlæge M (bilag B).

Det gøres gældende, at trombolyselbehandling heller ikke kunne have været iværksat, uanset om sagsøgeren var blevet kørt direkte til H Sygehus, afdeling N1, stue 711.

Da Falck forlod skadestedet klokken 14.10, var der gået 1 time og 55 minutter fra symptomdebut. Hvis Falck var kørt direkte til Regionshospitalet H ville det skønsmæssigt have taget 20-25 minutter i transporttid, og herefter ville sagsøger skulle modtages af læge og sygeplejerske, have taget blodprøve og havde gennemført en CT-scanning af hjernen, inden trombolyselbehandling kunne have været opstartet. Trombolyselbehandling kunne derfor tidligst have været opstartet kl. 15.20 -15.25, hvilket er mere end 3 timer efter symptomdebut.

Da trombolyselbehandling tidligst kunne have været opstartet mere end 3 timer efter symptomdebut, var denne behandling ikke indiceret.

Dette fremgår af Retslægerådets erklæring af 4. august 2011, i svaret på spørgsmål 4, at det under alle omstændigheder ikke var sandsynligt, at sagsøgeren kunne nå at få trombolyselbehandling, selvom Falck var kørt direkte til Regionshospitalet i H. Det understøttes yderligere af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8, 10, 11 og 26.

Retslægerådet har i sin erklæring af 4. august 2011 i svaret på spørgsmål 4 anført, at den gennemsnitlige tid i 2007 fra ankomst til trombolyselsted til

trombolysebehandlingen blev opstartet - den såkaldte "door to needle" tid - var cirka 60 minutter.

Retslægerådet har i erklæringen af 9. juli 2012 besvaret spørgsmål 10 og 11 uddybet, at oplysningen om "door to needle time" i besvarelse af spørgsmål 4 er baseret på de generelle erfaringer fra de første år efter introduktionen af trombolysebehandlinger, og tilføjer oplyst, at "door to needle time" på neurologisk afdeling på H Sygehus i 2007 gennemsnitlig var 50 minutter.

Af Retslægerådets erklæring af 8. april 2013 fremgår det af besvarelsen af spørgsmål 26, at den mediane tid for trombolysebehandling på H Sygehus i 2007 er lidt højere end 50 minutter. Derfor kommer Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 27 frem til, at det ikke har nogen betydning, om der henvises til mediantider eller gennemsnitlige tider i vurderingen af, om man kunne have nået at iværksætte trombolysebehandling i dette tilfælde. Det kunne under alle omstændigheder ikke nås inden for 3 timers vinduet.

Da sagsøgeren ikke kunne nå at modtage trombylosebehandling selv ved direkte kørsel til H, kunne han desmindre nå det, efter først at være blevet kørt til Regionshospitalet B.

Da ambulancen blev tilkaldt, var der forløbet næsten 1 time og 45 minutter fra symptomdebut, og ved ankomsten til B Regionshospital var der således forløbet 2 timer og 12 minutter fra symptomdebut. På dette tidspunkt var det ikke muligt at nå frem til H Sygehus og foretage CT skanning og derefter påbegynde trombolysebehandling inden 3 timer fra symptomdebut, jf. Behandlingsintruks af 6. oktober 2006 (bilag A) og Retslægerådets erklæring af 4. august 2011, svaret på spørgsmål 3.

Selv hvis det i strid med ovenstående lægges til grund, at sagsøgeren kunne have nået at modtage trombolysebehandling, er der ikke grundlag for at give sagsøgeren medhold i sin påstand, da sagsøgeren ikke har dokumenteret, at trombolysebehandling med overvejende sandsynlighed ville have ændret sagsøgerens prognose, jfr. § 20, stk. 1, nr. 1, 2. led. Sagsøgeren har derfor ikke dokumenteret, at han er påført en skade.

## 2. Overholdelse af specialist-standarden ved behandlingen på Regionshospitalet C

Det gøres gældende, at behandlingen på Regionshospitalet B var i overensstemmelse med specialist-standarden og at sagsøgeren ikke er påført en skade.

Det fremgår af Retslægerådets erklæring af 4. august 2011, svaret på spørgsmål 7, at behandlingen på Regionshospitalet i B samlet set var i

overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer.

Sagsøgeren anfører i bilag 18, at han først blev tilset af en læge omkring 19-20 tiden om aftenen. Dette bestrides som udokumenteret. Det fremgår således af erklæring af 20. februar 2008 fra overlæge M (bilag B) at:

"Falck møder på skadestedet kl. 14.04, afgår fra skadestedet kl. 14.10 og ankommer til skadestuen kl. 14.27. Her tilses pt. kortvarigt, hvorefter han køres til Hospitalets akutte modtageafdeling, hvor der straks tages blodprøver og ekg. Blodprøverne er udhentet kl. 15.00. Kort tid efter tilses pt. af vagthavende læge, som finder tegn til apoplektisk insult."

De i erklæringen omtalte blodprøver fremgår af laboratoriesvar af 15. april 2007, kl. 15.00 (bilag C), ligesom det af problemark af 15. april 2007 (bilag G) fremgår, at prøverne blev taget efter instruks, hvilket må forstås som instruks fra en læge. Efter at prøverne var foretaget, blev sagsøger tilset af den vagthavende læge.

Det bemærkes, at det allerede på tidspunktet for ankomsten til B Sygehus var for sent at iværksætte overførsel til H hvorfor det præcise tidspunkt for en læges tilsyn med sagsøgeren er uden betydning i relation til trombolyselbehandling.

Særligt for så vidt angår den akutte CT-scanning bemærkes, at uanset om denne muligvis burde være udført hurtigere end 10 timer efter ankomst, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 7 i erklæringen af 4. august 2011, med henblik på tidligere iværksættelse af behandling med acetilsalicylsyre, fremgår det af Retslægerådets svar på spørgsmål 8, at blodfortyndende behandling i form af acetilsalicylsyre iværksat kort efter ankomst til Regionshospitalet i C næppe ville have medført en anden prognose. Retslægerådet vurderer, at der heller ikke er andre forhold, der ville have medført en væsentlig anden prognose. Retslægerådet konkluderer, at "[...]der er flere forhold, der taler imod end for, at sagsøgers prognose ville være ændret".

At tidligere behandling med acetilsalicylsyre ikke ville have medført en anden prognose for sagsøgeren er yderligere understøttet i Retslægerådets erklæring af 9. juli 2012, i svarene på spørgsmål 17-20. Retslægerådet har her oplyst, at det er estimeret, at effekten af iværksættelse af acetylsalicylbehandling inden for 48 timer pr. 1000 behandlede patienter medfører 5 færre tilfælde af vaskulær død og 4 færre tilfælde af ikke-dødelig apopleksi. Effekten af en tidligere iværksættelse af behandling med acetylsalicylsyre (dvs. tidligere end 48 timer) kan ikke vurderes sikkert ud fra eksisterende lægevidenskabelige undersøgelser, men under alle omstændigheder vurderes den at være væsentlig mindre end den ovennævnte effekt og dermed meget beskednen.

Det vil sige, at en tidligere behandling i væsentligt færre end 4-5 promille af tilfældene måske ville have en effekt. Retslægerådet konkluderer i svaret på spørgsmål 18:

"Som angivet i besvarelse af spørgsmål 8, ville tidligere iværksættelse af behandling med acetylsalicylsyre muligvis have medført en bedre prognose, men som angivet i besvarelsen af spørgsmål 17 er sandsynligheden herfor meget beskeden. Samlet er der således klart mest der taler for, at prognosen havde været uændret."

Endelig bemærkes i anledning af sagsøgerens anbringender om tidligere ordination af MR-scanning, at Retslægerådet i svaret på spørgsmål 16 udtrykkeligt anfører, at det var i overensstemmelse med almindelig faglig standard, at MR-scanning ikke blev udført akut.

Sagsøgeren har derfor opsummerende hverken dokumenteret, at behandlingen på Regionshospitalet B var i strid med specialist-standard, eller at behandlingen med overvejende sandsynlighed er årsag til en skade.

...

#### Sagsomkostninger

Der er mellem parterne udvekslet processkrifter til og med processkrift 1. Sagen har været forelagt Retslægerådet tre gange.

Sagsøgeren har oplyst, at han som følge af forløbet er invalideret og i dag modtager førtidspension. Såfremt sagsøgeren får medhold i sin påstand vil der kunne blive tale om godtgørelse for svie og smerte, godtgørelse for varigt mén, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erstatning for erhvervsevnetab, skønsmæssigt ikke under 1,5 mio. kr."

#### Rettens begrundelse og afgørelse

Vedrørende spørgsmålet om A burde og kunne have modtaget trombolyselbehandling, fremgår det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, at trombolyselbehandling i 2007 var indiceret, hvis der var sikre tegn til en blodprop i hjernen, og behandlingen kunne iværksættes, inden der var gået tre timer fra symptomdebut. Behandlingen kunne på daværende tidspunkt ikke gives på Regionshospitalet i B men på Regionshospitalet i H.

Retten lægger efter de afgivne forklaringer til grund, at ambulancen ikke kørte med udrykning til B. Herefter og efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og 4 må den afvejning, som rådet anviser i besvarelsen af spørgsmål 15, føre til, at falckredderne på skadestedet burde have tolket A's symptomer som tegn på akut blodprop i

hjernen.

Det fremgår af journalen fra **B** fra den 15. april 2007, at **A's** symptomer var begyndt samme dag kl. 12.15. Uanset at hverken **A** eller **D** ifølge deres forklaringer erindrer at være blevet spurgt herom, må det herefter og efter bevisførelsen i øvrigt lægges til grund, at symptomdebut var kl. 12.15.

Ambulancen forlod ifølge ambulancejournalen skadestedet kl. 14.10. Med en transporttid på 20 - 25 minutter, ville ambulancen således tidligst kunne være ankommet til sygehuset i **H** kl. 14.30. Hertil skal lægges tid til modtagelse på afdelingen, blodprøveudtagelse og svar samt CT-scanning og vurdering. Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10, 11 og 25, at mediantiden for denne "door to needle time" for trombolysbehandling på neurologisk afdeling i **H** i 2007 var 50 minutter. Det fremgår endvidere af besvarelsen af spørgsmål 26, at hovedparten af de 27 patienter, som blev trombolyseret på afdelingen i 2007, fik påbegyndt behandling senere end 50 minutter efter ankomst. Der er ikke heroverfor og alene på baggrund af sygeplejerske **N's** oplysning om en kortere "door to needle time" i artiklen på Region **O's** hjemmeside, skrevet som et indlæg i debatten om den fremtidige sygehusstruktur i regionen, grundlag for at antage, at trombolysbehandling ville kunne være iværksat tidligere end 50 minutter efter ankomst.

Det er således ikke sandsynligt, at **A** - selv hvis Falck havde kørt direkte til sygehuset i **H** - ville have kunnet nå at få trombolysbehandling, inden der var gået 3 timer fra symptomdebut.

Trombolysbehandling var derfor, som Retslægerådet fastholder ved besvarelsen af bl.a. spørgsmål 15, ikke en mulighed

Vedrørende behandlingen på sygehuset i **B** lægger retten efter bevisførelsen herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 til grund, at **A** burde have været CT-scannet og dermed behandlet med blodfortyndende medicin, acetylsalicylsyre, på et tidligere tidspunkt. Det fremgår imidlertid af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, 8, 17 og 18, at der er en meget beskednen sandsynlighed for, at hans prognose i givet fald ville have været forbedret.

Det er derfor i hvert fald ikke overvejende sandsynligt, at **A** kelsens tilstand på længere sigt ville have været anderledes, såfremt blodfortyndende behandling var blevet iværksat på et tidligere tidspunkt.

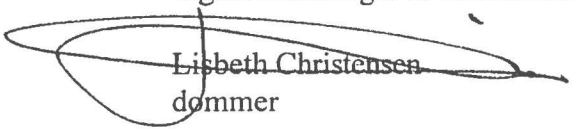
Der er efter det anførte ikke grundlag jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1, for at yde erstatning efter reglerne om patientforsikring, hvorfor Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse tages til følge.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet. Beløbet fastsættes til 90.000 kr. og vedrører Patientskadeankenævnets udgift til advokat, herunder fremstilling af materialsamling. Beløbet er inklusiv moms. Retten har ved fastsættelsen af beløbet lagt vægt på sagens karakter og omfang, herunder at sagen alene har omfattet ansvarsgrundlaget og årsagssammenhæng og på den anden side, at der er sket forelæggelse for Retslægerådet ad tre gange. Retten har endvidere lagt vægt på den sagsværdi, som Kammeradvokaten har anført i påstandsdokumentet, og som A ikke har haft bemærkninger til.

**Thi kendes for ret:**

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Sagsøgeren A, skal inden 14 dage betale 90.000 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet.

  
Lisbeth Christensen  
dommer